

NOMINATIVO _____
 ASSOCIAZIONE _____
 DATA _____

02_CAPITOLO J:BAMBINO 10 ANNI INVESTITO DA AUTO

Informazioni dalla centrale:

MSA/MSI: ☐ si ☐ no FORZE dell'ORDINE in POSTO: ☐ si ☐ no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO	✓
Prearrivo	☐ Assegna incarichi		
Valutazione della scena	☐ Chiede una descrizione della scena ☐ "Colpo d'occhio" ☐ Dinamica dell'evento ☐ Verifica se altri feriti	Sdraiato a terra vicino all'auto Supino, respira, piange Investimento da parte di auto a bassa velocità. Nessun altro coinvolto.	
Autoprotezione	☐ Indossa presidi di protezione individuali ☐ Controlla la presenza di pericoli		
A Vie aeree	☐ Fa immobilizzare manualmente il rachide cervicale ☐ Chiama il paziente senza scuotere, si presenta e qualifica ☐ Verifica le vie aeree ☐ Fa posizionare collare cervicale	Sveglia, piange. Vie aeree pervie.	
B Respiro	☐ Osserva meccanica respiratoria ☐ Palpa delicatamente il torace ☐ Ascolta rumori respiratori ☐ Conta atti respiratori ☐ Saturimetria senza O ₂ ☐ Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Eupnoico Non lesioni evidenti 20 atti/min Sat. O ₂ 99% in aria	
C Circolo	☐ Osserva se emorragie esterne ☐ Rileva polso radiale e conta FC ☐ Valutazione cute ☐ Rileva PA	FLC frontale sx , FLC labbro inferiore Flebile, FC 110 battiti/min. Calda,sudata PA 105/50 mm Hg	
D controllo neurologico	☐ Valuta secondo AVPU Pune domande idonee ☐ Valuta sensibilità e motilità	Sveglia (A) Si lamenta, orientato ma non ricorda l'accaduto. Motilità e sensibilità presenti.	

E Esame obiettivo ed anamnesi	☐ Non spoglia completamente il pz ma espone gli arti con sospette fratture ☐ Valuta altri segni esterni ☐ Protezione termica ☐ Altre notizie su paziente	Contusione cresta iliaca sx. Sospetta frattura caviglia sx. Abrasioni varie.	
Comunicazione alla SOREU	☐ Conferma dinamica ☐ Stato di coscienza ☐ Parametri rilevati ☐ Lesioni rilevate ☐ Patologie pregresse ☐ Manovre eseguite		
Rivalutazione	☐ Rivalutazione ABCDE e monitoraggio parametri vitali ☐ Relazione adeguata con il paziente ☐ Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto		
Consegna paziente a PS/MSA/MSI	☐ Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto		

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____ (firma) _____